ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-12

Date de publication : 30 juin 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 7)*

		Pagination officielle :
CCNI — DÉCLARATION SUR LA VACCINATION ANTIGRIPPALE POUR LA SAISON 1995-1996 . . .	F-1	105 – 113
SURVEILLANCE DE LA GRIPPE	F-7	116
SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	F-7	114 – 115

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

DÉCLARATION SUR LA VACCINATION ANTIGRIPPALE POUR LA SAISON 1995-1996

PRÉAMBULE

La composition antigénique du vaccin antigrippal a été revue pour la saison 1995-1996. Les recommandations concernant l'utilisation des vaccins sont les mêmes que pour la saison 1994-1995. Dans la présente déclaration, une section a été réservée aux recommandations destinées aux personnes infectées par le VIH et contient des renseignements de base supplémentaires sur l'immunisation contre la grippe en général.

La présente déclaration est plus explicite en ce qui a trait aux effets secondaires graves qui peuvent être causés par l'amantadine. De même, nous avons modifié la présentation du tableau indiquant la posologie recommandée pour le chlorhydrate d'amantadine selon l'âge du sujet et la fonction rénale afin de le rendre plus clair.

Il existe au Canada deux mesures qui permettent de réduire les effets de la grippe : l'immunoprophylaxie au moyen du vaccin inactivé (virus tué) et la chimioprophylaxie ou le traitement antiviral contre la grippe (amantadine). La vaccination annuelle des personnes à haut risque avant la saison grippale constitue actuellement le meilleur moyen de réduire les effets de la grippe.

Les virus de la grippe A sont classés en sous-types d'après des critères antigéniques, soit la présence de deux antigènes de surface : l'hémagglutinine (H) et la neuraminidase (N). On a identifié trois sous-types d'hémagglutinine (H1, H2 et H3) et deux sous-types de neuraminidase (N1 et N2) parmi les virus grippaux A à l'origine d'épidémies chez l'homme. L'immunité à l'égard de ces antigènes — en particulier à l'égard de l'hémagglutinine — réduit le risque d'infection et la gravité de la maladie en cas d'infection. La protection conférée par une infection due à un sous-type particulier est faible voire inexistante face aux autres sous-types. Qui plus est, la variation antigénique (dérive antigénique) qui se produit avec le temps à l'intérieur d'un sous-type peut être telle que l'infection par une souche ou l'administration d'un vaccin contenant cette souche peut ne pas immuniser le patient contre des souches faiblement apparentées du même sous-type. Bien que les virus grippaux B aient une plus grande stabilité antigénique que les virus grippaux A, on observe néanmoins une variation antigénique. Pour ces raisons, d'importantes épidémies d'affections respiratoires causées par ces nouveaux variants grippaux continuent de survenir. On se fonde sur les caractéristiques antigéniques des souches **actuelles et émergentes** pour choisir les souches virales à inclure dans le vaccin élaboré chaque année.

Durant la saison 1994-1995, l'activité grippale a débuté assez tardivement et a été modérée. Elle a commencé à s'intensifier en janvier 1995 et était associée tant au virus A (H3N2 étant le sous-type le plus souvent signalé) qu'au virus B. Entre octobre 1994 et juin 1995, 1 063 cas de grippe A ont été déclarés, le virus étant le plus actif à la fin de février. Le bilan des infections à virus grippal B s'établissait, pour sa part, à 358 cas pendant la même période. Bien que le nombre de cas déclarés ait atteint un sommet à la mi-mars, il est demeuré relativement stationnaire jusqu'à la fin d'avril.

Un sommaire de l'activité grippale au Canada pour la saison 1994-1995 doit paraître dans un numéro à venir du *Relevé des maladies transmissibles au Canada*.

Voici les résultats des travaux achevés de caractérisation des souches auxquels appartiennent les isolats soumis au LLCM entre le 1er octobre 1994 et le 15 juin 1995 : 30 des 93 isolats du virus de type A (H3N2), en particulier ceux de février, s'apparentaient à A/Beijing/32/92, et sur les 63 autres, qui ont été soumis surtout à la fin de la saison, on comptait 46 souches analogues à A/Shangdong/09/93 et 17 à A/Johannesburg/33/94; 49 isolats du virus grippal B se distinguaient sur le plan antigénique du virus

2007-02681/

analogue à B/Panama/45/90 et s'apparentaient plus étroitement aux souches B/Beijing/184/93 et B/Harbin/07/94; 6 étaient analogues à A/Texas/36/91 (H1N1).

Les virus de la grippe A (H3N2), A (H1N1) et B continuent également de circuler dans le monde[1]. Un grand nombre de virus de la grippe A (H3N2) isolés récemment lors d'éclosions de cas ou de cas sporadiques étaient différents sur le plan antigénique de la souche A/Shangdong/9/93, la souche vaccinale utilisée pour la saison 1994-1995, et étaient similaires à la souche de référence récente, A/Johannesburg/33/94.

Les virus grippaux B ont beaucoup circulé et la majorité des souches étaient différentes sur le plan antigénique de la souche vaccinale B/Panama/45/90 utilisée en 1994-1995 et étaient plus étroitement apparentées aux souches de référence récentes B/Beijing/184/93 et B/Harbin/07/94.

Les virus grippaux A (H1N1) isolés affichaient une grande similarité antigénique avec la souche vaccinale actuelle.

Les vaccins contenant des virus analogues à A/Shangdong/9/93 (H3N2) ou à B/Panama/45/90 ont induit une hémagglutination protectrice inhibant la réponse immunitaire aux souches analogues à A/Johannesburg/33/94 et à B/Beijing/184/93 (H3N2), respectivement, réponse qui était moins fréquente ou plus faible (moyenne géométrique du titre) qu'aux autres souches vaccinales.

Le CCNI recommande donc d'inclure dans le vaccin antigrippal trivalent de la saison 1995-1996 une souche analogue à A/Johannesburg/33/94 (H3N2), une souche analogue à A/Texas/36/91 (H1N1) et une souche analogue à B/Beijing/184/93.

Il se peut que les fabricants nord-américains du vaccin utilisent B/Harbin/07/94 comme souche du virus grippal B parce que cette souche se cultive facilement.

Une immunisation annuelle est nécessaire parce qu'il faut toujours modifier le vaccin en réponse à la dérive antigénique. En outre, l'immunité diminue au cours de l'année qui suit la vaccination. Chaque portion de 0,5 mL de vaccin contiendra 15 µg d'hémagglutinine de chacun des antigènes. Le vaccin sera offert sous forme de préparation à virus entier ou sous-unitaire (fractionné chimiquement). La protection conférée par le vaccin débute habituellement environ 2 semaines après son administration et peut durer 6 mois ou plus. Toutefois, chez les personnes âgées, le niveau d'anticorps peut être insuffisant pour assurer une protection après 4 mois ou moins. Le programme annuel de vaccination doit commencer dès que le vaccin est prêt (c.-à-d., à la fin de septembre ou au début d'octobre) pour garantir une couverture élevée avant toute circulation importante de la grippe; le meilleur moment pour vacciner les résidents des établissements de soins prolongés est cependant le mois de novembre.

Voici les recommandations pour la prévention de la grippe durant la saison grippale 1995-1996.

GROUPES POUR QUI LE VACCIN EST RECOMMANDÉ

Personnes à risque élevé

La vaccination des personnes à risque élevé est la mesure la plus importante pour atténuer les effets néfastes de la grippe[2-4]. La priorité doit être accordée à la vaccination annuelle des groupes suivants:

- *Adultes et enfants souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques (dont la dysplasie bronchopulmonaire, la fibrose kystique du pancréas et l'asthme)* suffisamment sévères pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers. Les maladies cardiaques et pulmonaires chroniques sont — et de loin — les facteurs de risque les plus importants de mortalité attribuable à la grippe[4].
- *Pensionnaires de maisons de santé et d'autres établissements de soins prolongés, quel que soit leur âge.* Ces sujets présentent généralement au moins un des états énumérés pour le groupe précédent. En outre, la vie en établissement peut être propice à la propagation de la maladie. Selon des études récentes, l'utilisation du vaccin dans un tel milieu entraîne une baisse du nombre de cas de grippe et une diminution encore plus prononcée des taux d'hospitalisation, de pneumonie et de décès[5,6].
- *Personnes de 65 ans et plus.* Le risque de maladie grave et de décès lié à la grippe est modérément accru chez les personnes bien portantes de cet âge[7,8], mais il n'est pas aussi marqué que chez les sujets présentant une maladie chronique sous-jacente. La vaccination permet de prévenir l'hospitalisation et le décès[9,10].
- *Adultes et enfants présentant des états chroniques : diabète et autres maladies métaboliques, cancer, déficit immunitaire, immunosuppression, néphropathie, anémie ou hémoglobinopathie.* Le degré du risque posé par la néphropathie et les maladies métaboliques chroniques chez les enfants est mal connu, mais cela ne devrait pas empêcher d'envisager une vaccination.
- *Enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) présentant des états pour lesquels un traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique est prescrit.* Ce traitement peut accentuer le risque de syndrome de Reye à la suite d'une grippe[11].
- *Les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).* Il existe peu d'information sur la fréquence et la gravité de la grippe chez les personnes infectées par le VIH, mais des rapports laissent entendre que les symptômes persisteraient plus longtemps et les risques de complications seraient plus grands chez certains de ces sujets. Comme le virus grippal peut entraîner une maladie et des complications graves, il est prudent de vacciner les membres de ce groupe; de cette façon, le taux d'anticorps sera suffisant pour assurer une protection chez de nombreux vaccinés. Il reste que la réponse immunitaire au vaccin peut être faible chez les sujets atteints de maladies caractéristiques des stades avancés de l'infection à VIH, et l'administration d'une seconde dose 4 semaines ou plus après la première dose n'aura pas pour effet d'accroître leur réponse immunitaire.

Personnes susceptibles de transmettre la grippe à des sujets à risque élevé

Les personnes susceptibles de transmettre la grippe à des sujets à haut risque devraient être vaccinées tous les ans.

- *Membres du personnel soignant et autres employés ayant des contacts soutenus avec des sujets à haut risque appartenant aux groupes susmentionnés.* La possibilité d'infecter les sujets à risque élevé, et particulièrement les pensionnaires d'établissements, peut être réduite par les programmes d'immunisation à l'intention des soignants.

- *Personnes (y compris les enfants) vivant sous le même toit que les sujets à haut risque qui ne peuvent pas être vaccinés ou qui peuvent ne pas bien répondre à la vaccination.* Comme la formation d'anticorps en réponse au vaccin antigrippal peut être insuffisante[12] chez certaines personnes à haut risque (p. ex., les personnes âgées, les sujets présentant un déficit immunitaire), la vaccination annuelle peut réduire le risque d'exposition à la grippe.

Autres personnes

- Afin de perturber le moins possible les services publics essentiels pendant une épidémie, on peut envisager des programmes de vaccination s'adressant aux personnes qui les assurent. Le vaccin antigrippal peut également être administré à ceux et celles qui désirent réduire leur risque de contracter l'infection.
- *Femmes enceintes.* **Il est recommandé de vacciner les femmes enceintes appartenant à des groupes à haut risque (voir section ci-dessus)**. Le vaccin peut être administré sans danger à tous les stades de la grossesse.
- Les personnes à haut risque de complications grippales qui doivent se rendre dans des pays où la grippe risque de circuler devraient recevoir le vaccin le plus courant offert sur le marché. Dans les tropiques, la grippe peut sévir n'importe quand dans l'année. Dans l'hémisphère sud, l'activité grippale atteint un sommet entre les mois d'avril et de septembre. Dans l'hémisphère nord, elle culmine entre novembre et mars.

USAGE RECOMMANDÉ

La posologie et le type de vaccin recommandés sont présentés au tableau 1. Le vaccin à virus entier comme le vaccin sous-unitaire sont offerts au Canada. Si tous deux sont semblables sur le plan de l'immunogénicité, le vaccin à virus entier pourrait en revanche être plus immunogène chez les personnes âgées[13]. Le vaccin sous-unitaire entraîne généralement moins d'effets secondaires chez les enfants[13,15]. L'un ou l'autre de ces vaccin peut être utilisé indifféremment chez les personnes âgées de 13 ans ou plus. *Seul le vaccin sous-unitaire est toutefois recommandé pour les moins de 13 ans.* Aux moins de 9 ans, il faut administrer 2 doses à 4 semaines d'intervalle; la seconde dose n'est pas nécessaire si l'enfant a reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin préparé pour une saison antérieure.

Tableau 1
Posologie du vaccin antigrippal recommandée selon l'âge, 1995-1996

Âge	Type de vaccin	Dose, mL	N^bre de doses
≥ 13 ans	Virus entier ou sous-unitaire	0,5	1
9-12 ans	Virus sous-unitaire	0,5	1
3-8 ans	Virus sous-unitaire	0,5	1 ou 2
6-35 mois	Virus sous-unitaire	0,25	1 ou 2

La voie intramusculaire est privilégiée, puisque les données se rapportant au vaccin antigrippal ont, dans l'ensemble, été obtenues à la suite d'une telle administration. On recommande de pratiquer l'injection dans le deltoïde lorsqu'il s'agit d'adultes et de grands enfants, et dans la région antérolatérale de la cuisse chez les nourrissons et les jeunes enfants.

Effets secondaires

Le vaccin antigrippal ne peut causer la grippe, car il ne contient pas de virus vivant. La douleur au point d'injection persiste couramment jusqu'à 2 jours. Fièvre, malaises et myalgies peuvent se manifester dans les 6 à 12 heures suivant la vaccination et durer de 1 à 2 jours, particulièrement chez les jeunes adultes qui ont reçu le vaccin à virus entier et chez ceux qui sont vaccinés pour la première fois. L'administration prophylactique d'acétaminophène peut diminuer la fréquence de certains effets secondaires chez les adultes[16]. Chez les enfants de 2 à 12 ans, la fièvre et les réactions au point d'injection ne sont pas plus fréquentes après l'administration d'un vaccin sous-unitaire qu'à la suite d'une injection de placebo. Chez les enfants de moins de 24 mois, la fièvre se manifeste plus souvent, mais elle est rarement forte.

Les réactions allergiques sont rares et vraisemblablement attribuables à une hypersensibilité à certaines des composantes du vaccin, fort probablement aux infimes quantités de résidus de protéines d'oeuf.

Contrairement au vaccin contre la grippe porcine utilisé en 1976-1977, les vaccins préparés par la suite à partir d'autres souches virales n'ont pas été associés clairement à une fréquence accrue du syndrome de Guillain-Barré. Le vaccin antigrippal n'est pas reconnu non plus comme facteur prédisposant au syndrome de Reye.

Contre-indications et mises en garde

Le vaccin antigrippal ne doit pas être administré aux sujets présentant une hypersensibilité anaphylactique aux oeufs qui se manifeste par de l'urticaire, un oedème de la bouche et de la gorge, une gêne respiratoire, de l'hypotension ou un choc. Les adultes atteints d'une maladie fébrile aiguë ne devraient normalement pas être vaccinés tant que leurs symptômes ne se sont pas atténués.

Le vaccin antigrippal est considéré comme sans danger pendant la grossesse.

Chez les bébés de moins de 6 mois, le vaccin antigrippal est moins immunogène que chez les nourrissons et les enfants de 6 à 18 mois. C'est pourquoi une immunisation au moyen des vaccins antigrippaux couramment offerts n'est pas recommandée dans leur cas[17].

Bien que le vaccin antigrippal puisse inhiber la clairance de la warfarine et de la théophylline, les études cliniques n'ont jamais démontré un quelconque effet défavorable attribuable à ces médicaments chez les personnes qui ont reçu un vaccin antigrippal.

Administration simultanée d'autres vaccins

Les groupes principalement visés par les vaccins antigrippal et antipneumococcique se recoupent considérablement. Les pourvoyeurs de soins de santé devraient donc profiter de l'occasion pour vacciner les personnes admissibles contre les infections pneumococciques lors de l'administration du vaccin antigrippal. L'administration simultanée des deux vaccins à deux points différents n'accroît pas le risque d'effets secondaires. Le vaccin antipneumococcique n'est toutefois administré qu'une seule fois tandis que le vaccin antigrippal est répété chaque année. Les enfants à risque élevé peuvent recevoir le vaccin antigrippal en

même temps que les vaccins du calendrier régulier d'immunisation, mais l'injection doit être faite à un point différent.

Entreposage

Le vaccin contre la grippe devrait être entreposé à une température variant entre 2 °C et 8 °C et ne jamais être congelé.

STRATÉGIES VISANT À ATTÉNUER LES EFFETS NÉFASTES DE LA GRIPPE

L'efficacité du vaccin antigrippal varie selon l'âge et l'immunocompétence de l'individu ainsi que selon le degré de similitude entre la souche virale utilisée dans le vaccin et celle qui circule pendant la saison grippale. Lorsque le vaccin est bien assorti, il a été établi qu'il prévient la maladie chez environ 70 % des enfants et des adultes en santé. Les études ont également montré que, dans ces circonstances, la vaccination permet de prévenir 70 % des hospitalisations dues à la pneumonie et à la grippe chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. Les études réalisées auprès des personnes âgées vivant en maison de santé ont permis d'établir que la vaccination antigrippale permet de prévenir de 50 % à 60 % des hospitalisations et des pneumonies et jusqu'à 85 % des décès, bien que l'efficacité potentielle soit de l'ordre de 30 % à 40 % chez les personnes âgées de constitution frêle.

Il est reconnu que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de prévenir ou d'atténuer la grippe chez les personnes qui pourraient autrement être atteintes d'une maladie grave ou même en mourir. Les programmes de vaccination antigrippale devraient viser à vacciner au moins 90 % des résidents des établissements de soins prolongés et des adultes et des enfants souffrant des maladies cardiaques ou pulmonaires déjà énumérées. Néanmoins, seulement 45 % environ de cette population reçoit le vaccin antigrippal chaque année.

On ignore jusqu'à quel point ce faible taux d'utilisation s'explique par l'incapacité du système de santé de rendre le vaccin disponible ou par le refus des sujets qui devraient être vaccinés, mais craignent les réactions secondaires ou sont convaincus de l'inefficacité ou de l'inutilité du vaccin[18,19,20]. Les programmes d'éducation à l'intention des médecins et du grand public devraient traiter des craintes au sujet de l'efficacité et des réaction indésirables du vaccin. Les patients à risque croient notamment qu'ils n'ont pratiquement jamais la grippe; d'autres craignent les effets secondaires du vaccin et doutent de son efficacité.

Un des facteurs très importants qui contribuent souvent à la décision de se faire vacciner ou non est la recommandation faite par un membre du personnel soignant. Comme la plupart des sujets à haut risque sont déjà suivis régulièrement par un médecin, il y a lieu de les vacciner à l'automne, lors d'une consultation régulière. Au nombre des stratégies qui permettent d'accroître la couverture vaccinale de la population, mentionnons les suivantes :

- consignes permanentes permettant aux infirmiers et infirmières d'administrer les vaccins dans les établissements
- vaccination à l'automne des personnes à risque élevé quittant l'hôpital ou reçues au service des urgences
- promotion de la vaccination antigrippale dans les cliniques fréquentée par les groupes à haut risque (p. ex., cliniques d'oncologie, de cardiologie et de pneumologie)
- recours aux journaux de quartier, aux lignes d'information sur la grippe et collaboration avec les pharmaciens pour la diffusion d'information positive sur les avantages et les risques de l'immunisation
- envoi de rappels aux médecins produits par ordinateur, de lettres de rappel aux patients ou utilisation d'autres méthodes de relance pour l'identification des consultants externes à haut risque
- distribution de cartes de rappel que le patient porte sur lui
- amélioration de l'accès du personnel des établissements et des personnes âgées vivant dans la collectivité aux séances d'immunisation
- organisation d'activités, telles que des foires et des concours de vaccination entre établissements
- travail auprès de groupes culturels en vue de la planification et de la mise en oeuvre de programmes efficaces.

RECOMMANDATIONS QUANT À L'UTILISATION DE L'AMANTADINE

Le chlorhydrate d'amantadine est un agent antiviral qui inhibe la réplication du virus grippal de type A (mais pas du type B). Voici les recommandations concernant son utilisation à des fins prophylactiques et thérapeutiques.

Prophylaxie

Le seul médicament actuellement approuvé au Canada pour la prophylaxie spécifique des infections à virus grippal est le chlorhydrate d'amantadine. Dans la prévention de la maladie provoquée par les virus grippaux de type A, son taux d'efficacité est de 70 % à 90 %, mais il est nul contre les souches de type B. Comme les agents antiviraux pris à titre prophylactique peuvent prévenir la maladie mais non l'infection subclinique, certaines des personnes ainsi traitées peuvent malgré tout produire des anticorps qui les protègeront lors d'une exposition ultérieure à des virus apparentés sur le plan antigénique. Toutefois, *l'amantadine ne doit pas remplacer le vaccin antigrippal annuel chez les personnes pour qui il est recommandé.*

Utilisations du chlorhydrate d'amantadine :

- *Il peut servir à circonscrire une épidémie de grippe A dans un établissement où des sujets à haut risque sont exposés.* L'amantadine doit alors être administrée à tous les pensionnaires, qu'ils aient été immunisés ou non, ainsi qu'aux membres du personnel non immunisés (voir les «mises en garde» ci-dessous). Il est essentiel de consulter les médecins hygiénistes locaux pour confirmer que la souche grippale en circulation est bien de type A.
- *Lorsque le vaccin n'est pas disponible, son utilisation comme seul agent prophylactique chez les personnes à haut risque pendant une épidémie est contre-indiquée ou n'a guère de chances d'être efficace à cause d'une modification de la composition antigénique de la souche responsable de l'épidémie.* L'amantadine donnée en prophylaxie doit être prise chaque jour, aussi longtemps que sévit la grippe A dans la collectivité.
- *Il peut servir de traitement d'appoint, en cas de vaccination tardive de sujets à haut risque.* Une fois la vaccination dûment complétée, l'amantadine doit être prise pendant encore 2 semaines. (Autrement dit, les personnes ayant reçu deux doses du vaccin doivent continuer de prendre de l'amantadine pendant 2 semaines après la seconde dose).

Tableau 2
Posologie recommandée de chlorhydrate d'amantadine selon l'âge du sujet et la fonction rénale

Aucune insuffisance rénale connue

Âge	Posologie
1-9 ans[a]	5 mg/kg jour en 1 ou 2 prises, sans dépasser 150 mg/jour
10-64 ans	200 mg/jour en 1 ou 2 prises[b]
≥ 65 ans	100 mg/jour en 1 prise[c]

Insuffisance rénale connue

Coefficient d'éruption de la créatinine (mL/min/1.73m^2)	Posologie pour les 10 à 64 ans	Posologie pour les 65 ans et plus
≥ 80 mL/min	100 mg 2 fois/jour	100 mg 1 fois/jour
60-79 mL/min	Alternance de doses quotidiennes de 200 mg et de 100 mg	Alternance de doses quotidiennes de 100 et de 50 mg
40-59 mL/min	100 mg 1 fois/jour	100 mg tous les 2 jours
30-39 mL/min	200 mg 2 fois/semaine	100 mg 2 fois/semaine
20-29 mL/min	100 mg 3 fois/semaine	50 mg 3 fois/semaine
10-19 mL/min	Alternance de doses hebdomadaires de 200 mg et de 100 mg	Alternance de doses hebdomadaires de 100 mg et de 50 mg

[a] L'utilisation chez des enfants de moins de 1 ans n'a pas été étudiée de façon satisfaisante.
[b] On recommande de réduire la dose à 100 mg/jour pour les sujets souffrant d'un trouble épileptique, parce qu'une dose quotidienne de 200 mg risquerait d'accroître la fréquence des crises.
[c] Cette posologie est recommandée pour diminuer le risque de toxicité, la fonction rénale diminuant généralement avec l'âge et des effets indésirables ayant été signalés plus souvent chez les personnes âgées.

Calcul de la clairance estimée de la créatinine :

Homme :

$$\text{ClCr mL/min} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatinine sérique } (\mu\text{mol L}) \times 0{,}81}$$

Femme :

$$\text{ClCr mL/min} = 0{,}85 \times \text{ClCr (homme)}$$

- *Il peut être utilisé comme supplément à la vaccination chez les sujets à haut risque susceptibles de présenter une réponse immunitaire insuffisante au vaccin* (notamment les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), en particulier celles qui souffrent d'une maladie caractéristique des stades avancés de l'infection à VIH. On ne dispose d'aucune donnée sur les interactions possibles avec d'autres médicaments utilisés dans le traitement des patients atteints d'une infection à VIH. Ces derniers devraient être surveillés de près si on leur administre de l'amantadine).
- *Il peut être prescrit aux personnes non immunisées qui s'occupent à domicile de sujets à risque élevé pendant une épidémie.* L'amantadine doit leur être administrée jusqu'à 2 semaines après la vaccination.

Traitement

On a observé que l'amantadine atténue la gravité de l'atteinte grippale A chez l'adulte sain et en écourte la durée. Même si aucune étude comparative bien conçue n'a été faite pour en démontrer l'efficacité dans la prévention des complications chez les personnes à haut risque, étant donné ses bienfaits potentiels, l'amantadine doit être envisagée pour les personnes chez qui l'on soupçonne une grippe A. L'administration du médicament doit être amorcée dans les 24 à 48 heures qui suivent l'installation de la maladie et se poursuivre jusqu'à 2 jours après sa résolution. Des virus grippaux résistants à l'amantadine peuvent apparaître pendant le traitement, mais rien n'indique que ceux-ci soient plus virulents ou contagieux que les virus grippaux sensibles à l'amantadine. Toutefois, les conséquences d'un usage thérapeutique généralisé de l'amantadine ne sont pas connues. Des études à ce sujet s'imposent.

Posologie

Le tableau 2 présente la posologie recommandée; pour en savoir davantage, il convient de consulter la notice qui accompagne le médicament. Toute modification motivée par une altération de la fonction rénale doit *s'ajouter* aux ajustements pour l'âge.

Mises en garde

Lorsque l'amantadine est administrée à des fins prophylactiques à de jeunes adultes en bonne santé, on signale les symptômes suivants dans 5 % à 10 % des cas : troubles de concentration, insomnie, vertiges et irritabilité. Ces effets secondaires sont généralement bénins et cessent peu après l'arrêt de la médication;

cependant, ils peuvent être plus fréquents chez les personnes âgées, à moins que des doses réduites ne soient administrées.

Des effets secondaires graves (p. ex., changements marqués du comportement, délire, hallucinations, agitation et convulsions) ont été associés à des concentrations plasmatiques élevées du médicament. Ces effets ont été observés le plus souvent chez des sujets qui souffrent d'insuffisance rénale, de troubles épileptiques ou de certains troubles psychiatriques, ainsi que chez les personnes âgées qui ont reçu un traitement prophylactique à l'amantadine, à raison de 200 mg/jour. On peut atténuer la gravité de ces effets secondaires en réduisant la dose administrée.

L'amantadine n'est pas métabolisée, mais excrétée telle quelle dans l'urine. Par conséquent, les sujets souffrant d'insuffisance rénale, particulièrement les personnes âgées, peuvent présenter des concentrations toxiques si les doses ne sont pas réduites. **La posologie recommandée selon l'âge du sujet et la fonction rénale est indiquées au tableau 2.** La posologie doit être réduite pour les sujets atteints d'un trouble épileptique pour éviter de faire grimper le risque de crises. Il faut prendre en considération l'âge, le poids, la fonction rénale et la présence d'autres états morbides sous-jacents et ajuster la posologie en conséquence. De plus il faut surveiller étroitement les patients pour déceler les effets secondaires.

Comme l'innocuité de l'amantadine en cas de grossesse n'a pas été établie, le médicament n'est pas recommandé pour les femmes qui sont ou qui pourraient être enceintes. Vu qu'il est sécrété dans le lait, le médicament ne devrait pas non plus être administré aux femmes qui allaitent.

Lectures choisies

1. *Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 1995-1996*. Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1995;70:53-6.
2. CDC. *Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1994;43(No. RR-9):1-13.
3. Douglas RG Jr. *Prophylaxis and treatment of influenza*. N Engl J Med 1990; 322:443-50.
4. Glezen WP, Decker M, Perrotta D. *Survey of underlying conditions of persons hospitalized with acute respiratory disease during influenza epidemics in Houston, 1978-1981*. Am Rev Respir Dis 1987; 136:550-55.
5. Patriarca PA, Arden NH, Koplan J et coll. *Prevention and control of type A influenza infections in nursing homes. Benefits and cost of four approaches using vaccination and amantadine*. Ann Intern Med 1987;107:732-40.
6. Patriarca PA, Weber JA, Parker RA et coll. *Efficacy of influenza vaccine in nursing homes: reduction in illness and complications during an influenza A (H3N2) epidemic*. JAMA 1985;253:1136-39.
7. Gross PA, Quinnan G, Rodstein M et coll. *Association of influenza immunization with reduction in mortality in an elderly population. A prospective study*. Arch Intern Med 1988;148:562-65.
8. Barker WH, Mullooly JP. *Influenza vaccination of elderly persons — reduction in pneumonia and influenza hospitalizations and deaths*. JAMA 1980;244:2547-49.
9. Fedson DS, Wajda A, Nicol JP et coll. *Clinical effectiveness of influenza vaccination in Manitoba*. JAMA 1993;270:1956-61.
10. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J et coll. *The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community*. N Engl J Med 1994;331:778-84.
11. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. *The Red Book*, report of the Committee on Infectious Disease. 22[ième] éd. 1991. American Academy of Pediatrics, Elk Grove, Ill. 1991;274-81.
12. Nelson KE, Clements ML, Miotti P et coll. *The influence of human immunodeficiency virus (HIV) infection on antibody responses to influenza vaccines*. Ann Intern Med 1988;109:383-88.
13. McElhaney JE, Meneilly GS, Lechelt KE et coll. *Antibody response to whole-virus and split-virus vaccines in successful ageing*. Vaccine 1993;11:1055-60.
14. Al-Mazrou A, Scheifele DW, Soong T et coll. *Comparison of adverse reactions to whole-virion and split-virion influenza vaccines in hospital personnel*. Can Med Assoc J 1991;145:213-18.
15. Gruber WC, Taber LH, Glezen WP et coll. *Live attenuated and inactivated influenza vaccine in school-age children*. Am J Dis Child 1990;144:595-600.
16. Aoki FY, Yassi A, Cheang M et coll. *Effects of acetaminophen on adverse effects of influenza vaccination in health care workers*. Can Med Assoc J 1993;149:1425-30.
17. Groothuis JR, Levin MJ, Rabalais GP et coll. *Immunization of high-risk infants younger than 18 months of age with split-product influenza vaccine*. Pediatrics 1991;87:823-28.
18. McDowell I, Newell C, Rosser W. *Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination*. Can Med Assoc J 1986;135:991-97.
19. Williams WW, Hickson MA, Kane MA et coll. *Immunization policies and vaccine coverage among adults: the risk for missed opportunities*. Ann Intern Med 1988;108:616-25.
20. Frank JW, Henderson M, McMurray L. *Influenza vaccination in the elderly: I. Determinants of acceptance*. Can Med Assoc J 1985;132:371-75.

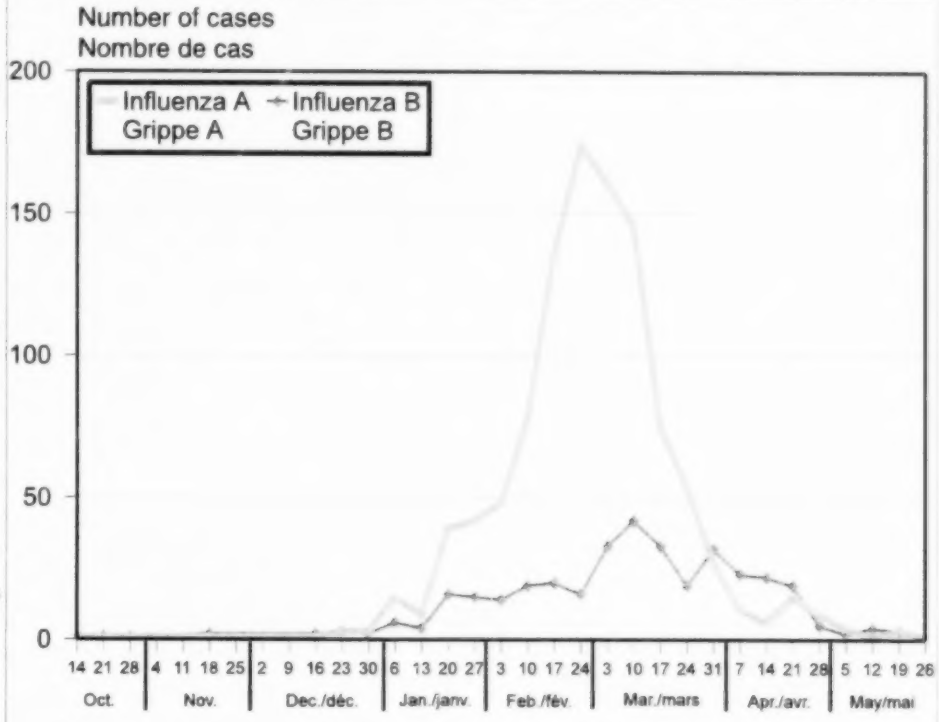
SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

Le rapport final de la surveillance pour la dernière saison grippale résume les tendances observées au Canada entre octobre 1994 et juin 1995.

Au cours de la saison qui s'achève, l'épidémie a été relativement modérée et a débuté tardivement. L'activité grippale était faible à l'automne 1994 (20 cas entre octobre et décembre), et un grand nombre de cas n'ont été signalés qu'en janvier 1995 (146 cas). Les virus grippaux A (appartenant principalement au sous-type H3N2) et B ont circulé simultanément et atteint un sommet à la fin de février et au milieu de mars, respectivement (figure 1). Des cas ont continué d'être signalés en avril et mai. Au cours de la période à l'étude, nous avons recensé 1 063 isolements du virus grippal A, et 358 du virus grippal B.

On a observé un profil analogue aux États-Unis, et seule une activité modérée a été signalée dans la plupart des pays européens. Ailleurs dans le monde, on a observé une activité grippale A (H1N1) et B dans le Territoire du Nord, en Australie; la Nouvelle-Zélande et Hong Kong ont tous deux signalé une activité grippale B en avril et mai.

Figure 1
Incidence de la grippe au Canada, selon la semaine d'apparition de la maladie, 1994-1995



Source : *Laboratoires participant au Programme de surveillance des virus respiratoires, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM, (Ottawa) et OMS.*

Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

Ce tableau ne sera plus inclus dans la copie du Relevé des maladies transmissibles communiquée par télécopieur. Les lecteurs désirant avoir cette information doivent appeler la ligne du télécopieur et choisir l'index pour obtenir le numéro d'accès.

Les tableaux déjà publiés dans le nouveau format (télécopie) du RMTC figurent dans l'index sous le titre mentionné en rubrique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D[r] J. Spika	(613) 957-4243
	Dr F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Edition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498